

令和 6 年度
救急業務のあり方に関する検討会（第 3 回）
議事録

1 日 時 令和 7 年 2 月 21 日（金） 14 時 00 分から 16 時 00 分

2 場 所 対面及びWEB会議による開催

3 出席者

■出席者：横田（裕）座長、有賀委員、石原委員、伊勢村委員、岩田委員、織田委員、
坂上委員（代理：塩谷様）、坂本委員、嶋津委員、田邊委員、津田委員、
土井委員、野村委員、間藤委員、渡邊委員

オブザーバー：中田課長（代理：浦部様）

参考人：大島課長補佐、中西専門官

■欠席者：浅利委員、鈴木委員、細川委員、山口委員、横田（順）委員

4 会議経過

1. 開 会

【安藤課長補佐】 皆様、本日はご多忙のところご参加いただきありがとうございます。定刻となりましたので、「令和 6 年度救急業務のあり方に関する検討会（第 3 回）」を開催させていただきます。司会は、消防庁救急企画室安藤が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。本日の検討会につきましては、前回と同様にWEB及び対面会議による開催とさせていただきます。本検討会は、救急業務のあり方に関する検討会開催要綱第 4 条の規定により、原則公開となっていることから、一般傍聴につきましては、YouTubeによる傍聴とさせていただきます。

次に、資料の確認をさせていただきます。委員の皆様宛てには、事前にメールもしくは郵送で送付させていただいております議事次第がございます。検討会開催要綱、委員名簿、出席者名簿、第 3 回検討会資料として、令和 6 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）、そして参考資料 1 から参考資料 4 となっております。不足等ございましたら事務局の方にご指摘いただければと思います。なお、資料説明時には画面にて共有をさせていただきます。一般傍聴者の方につきましては、消防庁ホームページに検討会の資料を公開しておりますので、各自ご確認ください。

それでは開催にあたりまして消防庁審議官鳥井よりご挨拶申し上げます。

2. 挨拶（消防庁審議官）

【鳥井審議官】 消防庁審議官の鳥井でございます。本日はお忙しい中、「令和6年度救急業務のあり方に関する検討会（第3回）」にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。開催にあたりまして一言ご挨拶を申し上げます。

まず、先月公表した直近の数字ですと、令和5年の救急出動件数及び搬送人員ともに集計開始以降最多となっております。また、現場到着所要時間及び病院収容所要時間も新型コロナの発生前の令和元年と比べますと、やはり延伸をしている状況でございます。このような中、救急業務を取り巻く諸課題は尽きないですが、今年度の「救急業務のあり方に関する検討会」では、特に「マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討」、「増加する救急需要への対策に関する検討」についてご議論をいただきました。皆様にはご多忙の中お時間をいただき、有益なご示唆をいただいたことに感謝申し上げます。この成果を盛り込んだ本検討の報告書につきましては、これからご議論いただくわけですが、成果物につきましては、救急業務のさらなる発展のため、全国の消防本部をはじめとする関係機関に配布し広く周知をまいります。また、消防庁といたしましても、各地域の実情に応じた救急救命体制の充実強化を図り、さらなる発展を目指して努力するとともに、各都道府県、消防本部が必要な取組を進められるよう、具体的な支援を講じてまいる所存でございます。なお、補足をいたしますが、本日マイナ救急について、令和7年度の実証事業について、全国すべての720消防本部で実施することを決定して報道発表をさせていただきました。後ほど担当からご説明いたしますが、本検討会のご意見も踏まえて実証事業を進めてまいります。最後になりますが、委員の皆様にはこれまでの検討会の中で活発にご議論いただきましたことに改めて感謝申し上げますとともに、引き続きご指導・ご鞭撻をたまわりますようお願い申し上げます。誠に簡単ではございますが、ご挨拶とさせていただきます。

【安藤課長補佐】 鳥井審議官ありがとうございました。

3. 委員紹介

【安藤課長補佐】 それでは、ここからは議事次第に沿って進行させていただきます。

まず、本日の委員の皆様のご出席状況でございます。本日、浅利委員、細川委員、横田（順）委員におかれましては、ご都合により欠席のご連絡をいただいております。

また、大阪市消防局の坂上委員の代理として塩谷様が、オブザーバーの中田様の代理といたしまして、厚生労働省医政局より浦部様にご出席されております。また、嶋津委員におきましては、業務の都合上、15分程度遅れてWEBで入室する見込みとなっている他、鈴木委員、山口委員におかれましても、業務の都合で現在WEBにまだ入室されていない状況でございます。また、参考人として、厚生労働省医政局地域医療計画課外来・在宅医療対策室より中西在宅医療専門官が参加

され、厚生労働省老健局老人保健課より大島課長補佐がWebで参加いただいております。それでは本日はどうぞよろしくお願いいたします。

まず、会議に先立ちまして、横田座長よりご挨拶いただきたいと存じます。横田座長よりよろしくお願いいたします。

4. 座長挨拶

【横田座長】 本日は大変お忙しい中、本検討会のために時間を取っていただき誠にありがとうございます。心より御礼申し上げます。本日の「令和6年度救急業務のあり方に関する検討会（第3回）」になりますが、これまで開催されました第1回、第2回の議論を踏まえまして、今年度の検討会の報告書を取りまとめさせていただくこととしております。今年度は、この検討会の下に2つのワーキンググループを設けました。1つは「増加する救急需要の対策に関する検討ワーキンググループ」で、坂本委員をワーキンググループ長としてご議論いただきました。また、もう1つは「マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討ワーキンググループ」で、間藤委員をワーキンググループ長としてご議論いただきました。検討項目の課題解決に、ワーキンググループの皆様には精力的なご議論をしていただきました。心より御礼を申し上げたいと思います。本日の今年度の報告書を取りまとめるにあたり、報告書の案を皆様に見ていただきますが、今日の議論を踏まえまして、内容を一層深めてまいりたいと思います。本日も委員の皆様から、忌憚のないご意見を頂戴したいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

【安藤課長補佐】 横田座長ありがとうございました。それでは、議事に進む前に、本検討会のご発言等につきまして、2点お願いを申し上げます。主にWEBにてご参加いただく皆様へのお願いとなっております。1点目、ミュート機能でございます。ハウリングや雑音混入防止のため、ご発言時以外は、マイクをミュートにさせていただくようお願いいたします。2点目は、ご発言を希望される場合の手順です。ご発言、またはご質問等を希望される場合は、画面右下のチャット機能による入力、または手のマークのリアクション機能のボタンからお願いいたします。座長よりご発言の呼びかけがあるまでお待ちください。ご発言の番が参りましたら恐れ入りますが、冒頭にお名前をおっしゃっていただくようお願い申し上げます。その他WEB会議につきましてお困りの際は、チャット機能をご活用いただくか、事前にお知らせいたしました本検討会の支援業者担当宛てに電話連絡いただきますようお願いいたします。会議中のお願いについては以上となります。

それでは、以後の議事進行につきましては、横田座長にお願いしたいと思います。横田座長よりよろしくお願いいたします。

5. 議 事

【横田座長】 それでは議事を進めてまいりたいと思います。資料に沿って項目ごとに説明していただき、その都度ご意見をたまわる形でそれぞれ進めてまいりたいと思いますので、よろしくをお願いします。

まず、初めに今年度の検討事項の概要として、第一章マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討について、事務局から説明をお願いします。

・マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討について

【安藤課長補佐】 事務局より安藤からご説明させていただきます。令和6年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（案）ということで、私からは今年度の検討事項の概要と、マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討、この2点についてご説明をさせていただきますと思います。

まず1ページです。目的・検討事項・概要ということで、今年度の検討会の復習となっております。今年度につきましては、「マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係るワーキンググループ」および「増加する救急需要への対策に関するワーキンググループ」を立ち上げたところです。また、その他の報告事項といたしまして、DX推進に係る調査検討と救急業務全般に係るフォローアップがあります。開催の状況について、後ほどご覧いただければと思います。

10ページをお願いいたします。マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討について、報告内容となっております。はじめに、マイナ救急のおさらいをさせていただきたいと思います。まず、健康保険証利用登録済みマイナンバーカードを「マイナ保険証」と、今後呼ばせていただきたいと思います。また、「マイナ救急」という用語につきましては、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用して、病院選定に資する情報を把握する取組として定義をさせていただいております。本日私からは、マイナ救急のシステムの内容と、今年度ワーキンググループで検討した項目から、新しいマイナ救急システムのシミュレーションと、国民への広報、2点を紹介させていただきますほか、令和7年度の実証事業について、ご報告をさせていただきたいと思います。

それでは資料13ページをご覧くださいませでしょうか。マイナ救急に関する動向となっております。まして、こちらの3点目、(3) マイナ救急システムの概要という形でご報告をさせていただきたいと思います。昨年度、報告書内で、救急隊員が傷病者の医療情報等を閲覧する仕組みの骨子を、本検討会でご報告させていただきました。

今年度におきましては、当骨子に基づき、マイナ救急システムを構築する予定であり、令和7年3月に実装を予定しております。特徴としては、13ページにあるとおりですが、医療機関と同じように、AWSというアマゾンWEBサービスによるクラウドサービスを活用すること、消防本部の単独による運用となること、また、タブレット端末を前提とした視認性が高い画面設計とし、

簡易的な手順で閲覧すること、生命・身体保護の必要があり、かつ同意取得困難時に限り、同意なしで閲覧を可能とすることです。また、傷病者目線でご説明いたしますと、医療機関のように、顔認証カードリーダーは使用をいたしません。救急隊が目視により顔を確認いたします。また、12桁のマイナンバーは使用いたしません。その他、暗証番号の入力に関しましては、傷病者本人に入力いただく必要はございません。救急隊が原則目視により確認をいたします。こういったことが特徴になります。具体的なプロセスにつきましては、14ページに図の1－3としてフロー図のポイントの方をまとめさせていただいております。特に4番目、同意取得・本人確認の状況ですけれども、救急隊の方が同意あり、もしくは同意取得困難という同意情報を登録して、オンライン資格確認等システムに情報の取得をしていくといったスキームです。最短でログイン後4回タブレット上でタップをしていただければ、医療情報の閲覧まで行きつくことになります。もちろんマイナンバーカードの読み込みも必要となります。主なマイナ救急のシステムの概要につきましては以上です。

18ページをお願いいたします。ワーキンググループで検討した事項の整理です。一覧といたしましては、図表1－7におまとめさせていただきましたが、1点目の救急現場活動時間の短縮と、5点目の国民への広報・周知につきまして、ご説明をさせていただきたいと思います。

18ページ（1）の①です。救急現場活動時間の短縮ということで、これまでの経緯からご説明をいたしますと、令和4年度に6消防本部30隊による実証実験を行いました。結果としては、現場活動時間が6分29秒延伸しました。また、今年度実証事業を行いましたけれども、マイナ救急実施事案と未実施事案で2分9秒延伸する結果となっております。こちらに関しましては、令和4年の実証実験、令和6年度実証事業で使用したシステムにつきまして、医療機関の専用システムをお借りさせていただきました。閲覧までのプロセスが必ずしも救急業務に適していなかったことが、主な要因と考えられます。そのため、先ほど申し上げた、救急隊専用のマイナ救急のシステムを構築し、救急隊が利用することを念頭に、ユーザビリティ及び閲覧プロセスについて大幅に改善した救急隊専用のシステムを今回構築することとしたところです。今回ご報告させていただきたいのは、では、この救急隊専用のシステムがどの程度有用性があるかというのを、各消防本部にご協力いただきシミュレーションを行ったことです。主に口頭聴取による通常の救急活動を実施した場合と、マイナ救急を活用した救急活動を実施した場合を比較するために、シミュレーションを実施することといたしました。

19ページです。救急隊専用のシステムに関しましては、現在も構築中でありますため、モックアップという模型でやらせていただきました。実施消防本部は川口市消防局、都城市消防局、前橋市消防局にご協力をいただき、実施させていただきました。特に、川口市消防局は、令和6年度の実証事業に参加されていない消防本部でしたので、いろいろなご意見を頂戴してきたところです。また、想定シナリオは、先ほどの通常の救急活動、口頭聴取とマイナ救急を比較するシナ

リオを3個ほど準備いたしました。1つ目は腹痛の場合でして、これは意識清明である想定です。ポイントになるのは、傷病者本人との会話は可能であり、医療情報のすべてをご自身で説明できるという前提でやらせていただきました。シナリオの2つ目は意識障害です。シナリオの3点目に関しましては、情報が不明確で、病院選定に苦慮した令和6年度実証事業から選ばせていただいた事例です。会話のやり取りがかみ合わないといったケースを想定しております。

20ページです。シミュレーション結果ですが、結論といたしましては、すべての事案でマイナ救急を活用した事案の方が、未活用、いわゆる口頭で聴取した時間よりも、現場到着から病院の連絡までの時間が短かった形になります。特に、21ページに、総括と短縮要因の分析の方をさせていただいております。総括といたしましては、マイナ救急を活用することで、病院までの時間短縮に一定の効果があったことが確認されたことです。これはやはりモックアップであったことと、やはりさまざまな場面があるので、すべてが短縮するわけではないという点もありまして、こういう表現にさせていただいております。かねてからマイナ救急では意識障害の場合の情報取得に、特に効果が高いとご説明申し上げたことですが、今回、意識清明で傷病者をご自身の医療情報をすべて説明できるケースであっても、マイナ救急を活用することで活動時間の短縮につながる場合があるのではないかとこのところ今回の総括とさせていただきたいと思っています。その下、力の短縮要因の分析でございます。シミュレーションにおきましては、事前に現場に行くまでにログイン作業まで済ませるという工夫をしたことで、現場で30秒から1分程度で医療情報を閲覧できたため、救急隊全体の流れを止めることなく閲覧ができたということがポイントになっております。

21ページ、キとして救急隊員からの主な声も拾わせていただいておりますので、こちらも後ほどご覧いただければと思いますが、令和6年度実証事業でご参加いただきました都城市消防局や前橋市消防局からもスピードがかなり上がっているため、現場で活用することができるようになるのではないかとこのお声も頂戴いたしました。

続きまして24ページをお願いいたします。国民への広報・周知ということで、マイナ救急に関しましては、傷病者の皆様にマイナ保険証をお持ちいただく必要がございます。そのため、広報活動を広く国民に対して実施をすることとしております。実際に動画の方をご覧いただきたいと思います。

<動画共有>

【安藤課長補佐】 国民への広報を周知ということで、こういったショートムービーを作成いたしまして、本日、消防庁のX及びYouTubeで公開をさせていただきました。令和7年度におきましては、全国展開の推進に合わせて、各消防本部と連携をして、政府広報やポスター、国と自治

体で連携した取組を進めていきたいと考えております。

38ページをお願いいたします。今後の方向性です。令和7年度の実証事業でして、本日、報道発表をいたしました。全720消防本部のご協力をいただいて、来年度は実証事業を行います。救急隊数といたしましては、令和6年度の660隊から5334隊に拡大をすることとしております。これは、救急隊の約98%となっております。今後の展開といたしましては、マイナ救急の中長期的なビジョンを、消防本部と共有することが極めて重要だと考えております。特に最終的には全国どの救急車でもマイナ救急を実施でき、国民がそのメリットを享受できる環境づくりを国が後押しすることが、何よりも重要だと考えております。こういった中長期的なビジョンを報告書に載せさせていただいております。

最後41ページのまとめです。今回のマイナ救急ワーキングの方のまとめですが、救急業務は「緊急に搬送する必要がある傷病者を緊急に医療機関等に搬送する」ことです。したがって、この医療情報を取得することにつきましては、搬送先の医療機関との連絡調整に必要な情報でして、救急業務と密接な関わりがあるものです。令和7年度は、新しく構築されたマイナ救急システムを使って実証事業を行う予定とさせていただいております。こういったマイナ救急の実証事業を通じて、各消防本部においては、救急業務を行うにあたってマイナ救急を活用した場合の、より最適な方法がないかを模索していただきたいと考えております。

併せまして、傷病者の医療情報は要配慮個人情報ですので、これまで以上に情報の取扱いには留意いただきたいと考えております。

何よりも、マイナ救急の実施にはマイナ保険証が必要であるということからも、マイナ救急の認知度向上に向けた広報を、国・消防本部一緒に取組んでいきたいと考えております。

最後になりますが、本日报道発表した資料を参考までに共有をさせていただきます。本日2月21日にこのマイナ救急の来年度の全国実証について大臣からご発言をいただいたところです。また、別紙といたしまして、令和6年度の実証事業の結果もつけております。こちら報告書にも記載をさせていただいておりますが、67本部660隊で行った実証の結果といたしましては、11398件、マイナ救急で情報を閲覧されたこととなっております。活用事例という形のアウトプットを想定してまして、長くなるので割愛いたしますが、ホームページの方にこれすべて載せさせていただいております。特に紹介させていただきたいのが1つありまして、例えばこちらの事例、意識がもうろうとし、意思疎通が困難であった事例、こちらは、マイナ救急により確認できた薬剤情報から、消化管出血による貧血を疑い、緊急内視鏡及び緊急輸血可能な医療機関を選定して搬送をさせていただいた事例です。私もよかったなと思ったのは、飲んでる薬がマイナ救急で分かったことで、その情報を医療機関と共有することで、素早い治療につながったということで、お医者様からもかなりいい事前準備できましたということで、ありがたいお言葉を頂いたということです。あとは、救急隊からの声、傷病者からの声も頂戴してまして、こういった情報も載せ

させていただいていることです。こちらは総務省のホームページに載っておりますし、後ほどご高覧いただければと思います。私からの説明は以上です。

なお、本日、審議官の鳥井につきましては、この後、公務によりこのまま退席させていただきます。それでは説明以上となります。

【横田座長】 ありがとうございました。それではワーキンググループ長の間藤委員から、補足の説明がありましたらお願いしたいと思います。

【間藤委員】 ワーキンググループ長を務めさせていただいた間藤でございます。慎重に3段階に分けて実証を進めてまいりましたが、大きなトラブルもなく、実証が進んだことを改めて感謝申し上げます。同時に必ず機微な患者の疾病の情報を扱うものですから、いずれ何らかのトラブルが出てくると思っております。ポイントは、その時に対応を間違えないということで、本当に役に立つものかどうかということを最終的に分かっていたいただければと思っております。あと、2点だけ申し上げさせていただきます。実証に関して23ページのアンケートをご覧くださいますと、不安はありましたのですが、7割近くにおいて通信に問題があったという結果が出ております。最近、こういう救急活動、消防庁の活動におかれましても、当然非常にネットワークや通信に依存する部分が増えておりまして、そういう中でマイナ救急において、このようなデータというのは今後いろいろなことに影響してくるのではないかと危惧しております。1つ全く個人的な提案ではありますが、救急車をスマート救急車というような、通信のハブになるような、本来の通信事業者とのパイプの確立に加えて、例えばスターリンクとかイリジウムというような複数の通信手段を確保して、なおかついろいろな今、タブレットとかが、各自そのままのSIMを差して通信しているのを一括してそこにあることでコストダウンも図ることを考える時期に1つ来ているのではないかなと思っており、このアンケートがその象徴的なものと思って注目していることでございます。2点目は、まさにその広げるという点について、消防庁をはじめ、ポスター、その他努力しているのですが、そういうボトムアップの努力がもちろん一番大事です。それに加えて、リーチしやすいというか、トップエンドのところで非常に象徴的な周知を広げるという手も1つあるのではないかといい、私自身としても今、栃木県だと茂木というバイクのレースをしょっちゅうやるところがあって、結構草レースとか、実は数多くのオートGP以外の数多くのレースが開かれています。そういうレースに出る方は、必ずマイナンバーカードを携帯していただく。それから、そういう係員とかも、マイナンバーカードを持っていただくことで、万が一事故に遭った時に、素早くマイナ救急を活用するということが、非常に有用であるということをつかみしめる事例があったとなったら良いのではないのでしょうか。あとはもう1つ、先輩にあたる委員がJRA等に絡んでおられるということなので、例えばJRAの時にジョッキーの方は必ず持っているとか、あと、その会場でマイナンバーカードの有用性を競馬に集まっていた方に周知するというような、核になるような告知の場所があったらいいなと思っております。その意味で大阪万博等も広報の

チャンスに活用できたらいいと思いました。そのように下からボトムアップであげるのと同時に、そういうコアになるような、これぞというイベントの時に、マイナ救急をうまく活用して、最終的に全体に広がりというのを1つアイデアとして提案したいところでございます。あと、最終的には病院との協調あつてのお話でありますので、その部分は厚生労働省と消防庁でうまくコンフィグレーションして、最終的に患者と病院と救急の3つに、三方両得になるような仕組みになったらいいと思います。以上です。ありがとうございました。

【横田座長】 ありがとうございました。マイナンバーカードを活用した救急業務の全国展開に係る検討ということでご説明いただきました。皆様から何か質問・コメントがありましたらお受けしたいと思います。いかがでしょうか。

【有賀委員】 今の間藤委員のお話に栃木県云々とありましたが、マイナンバーがポケットの中のお財布にしまってあるのではダメではないでしょうか。

【間藤委員】 お財布を探ることは今のところ考えておりません。

【有賀委員】 参加する人は首からぶら下げてそこに入れてねという話ですよ。

【間藤委員】 はい。その点も考えないといけないです。

【有賀委員】 財布はポケットに入っていますが、さすがにポケットを探らないですからね。

【間藤委員】 あと、今iPhoneとか、スマホの実装も次のメジャーなアップデートでは実装されるという話もあるので、そのおっしゃるような、現実的にどうしたらいいかというのはまた考えていかねばと。

【有賀委員】 あれをぶら下げている人もいれば、後ろのポケットに入れている人もいます。

【横田座長】 そうですね。いかに携帯率を上げるというのと、いかにすぐ確認できるかの2つですね。

【横田委員】 他にございますか。WEB参加の皆様もいかがでしょう。私から確認よろしいですか。実証実験の時には6分29秒の延伸、それから令和6年度の実証事業の時には2分9秒の延伸で、この20ページにあるように、シミュレーションではむしろ短くなっている。その慣れもあるのですが、1番の理由はやはり実証実験の時にはマイナ保険証読取のための病院の機能を使っていたのが、実証事業では救急隊のアカウントを使用したのが短縮の理由でしょうか。

【安藤課長補佐】 ありがとうございます。安藤から補足をさせていただきたいと思います。まず、今回のシミュレーションに関しましては、モックアップということで、もともと救急隊がログインした状態でやっております。その後、マイナ救急のシステム、新しいシステムのモックアップで実施したという形になっております。私も川口市消防局の方にお邪魔させていただいて、シミュレーションを一緒に見させていただきましたが、印象的だったのが、川口市消防局は、傷病者を救急車内へ収容する前にもう病院連絡できる情報が揃ったので、電話をするケースもありました。そうすると、収容よりも前に病院と調整が可能になりますので、そういったことが病院

連絡までの時間の短縮に大きくつながったのかなと思います。何よりもこのマイナ救急で、今回の実証事業であったお声のひとつに、口頭で聴取可能である場合に関しては、あまり必要性がないというお声を頂戴しておりました。それが新しいシステムだと、救急隊の皆様の活動の障害にならないというのは、その救急の流れの中で、情報を確定的な情報を正確に入手できるのがすごく救急活動時間の短縮に寄与したのではないかと考えております。

【横田座長】 活動時間もそうでしょうけど、医療機関に搬送されて、医療機関の中での手順が少しでも短縮すると、ここに出てこないような効果もあるのでしょうか。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

【塩谷委員】 大阪市消防局の塩谷です。このシミュレーションの結果に関しては、来年度新しいシステムになって、どれぐらい短くなるか想定がない中、これぐらい短くなるのが期待できるということを整理したものだと思います。実際やってみて通信の状況などで現場活動とこのシミュレーションの違いがいろいろと出てくるのかもしれませんが、少なくとも今年度よりは短くなるのではないかという見込みが立ったと感じました。あと、いろいろ情報が曖昧で聞き取りにくいときに、どこまで掘って聞くか、救急隊も迷いが生まれるのではないかと思います。その時に、しつこくずっと聞き続けたが何も分からなかったということを、マイナ救急を実施すれば防止できるという可能性もあるのではないかとこの分析結果を見て思いましたので、来年度に期待できる内容じゃないかと感じます。また、令和6年度に行った実証事業の結果に関しては、検討事項の整理の部分にいくつかちりばめられているのと、統計的な整理は31ページから37ページにかけての集計結果という形で何件やった、どういう傾向だったかというのが取りまとめられていると思うのですが、今回、報道発表の中で記載されているような、こういうことに有用だったという事例等が報告書の中には、実証事業の結果としては書かれていないように思います。活用事例もそうですし、後ろの方にあった救急隊の声とか、傷病者の声、病院の声とかも実証事業の中でアンケートを取られて、消防庁でまとめられたものだと思いますので、しっかり実証事業の結果として入っておいた方が今後に生きるのではないかなと思います。来年度は、全消防本部で実施しますので、その時にこういう事例等をイメージしながら、実証事業に臨むことができるように、この検討会の報告書は全消防本部に配布されるということですので、報道発表の資料だけではなくて検討会の報告書にも活用事例等を盛り込むことをご検討いただければと思います。

【横田座長】 先ほどご案内いただいた、意識がもうろうとして、消化管出血で処方されているお薬の内容が、マイナカードで分かったということですが、塩谷委員は報告書にむしろ入れたほうが良いというご意見ですが、事務局いかがでしょうか。

【安藤課長補佐】 事務局でございます。大阪市消防局の塩谷様から頂いた意見、前向きに検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

【塩谷委員】 シンプルにまとまっていて参考になるとしますので、ご検討をお願いします。

【横田座長】 他にありますでしょうか。

【野村委員】 野村と申します。よろしくお願いします。マイナ救急に関しましての報告書に関しては、特に異論もございません。最近、本当に高齢者の方々にも、このマイナンバーカードをどこに置いておくの良いのですかとか、今、実際にやっておいた方がいいことってありますかとか、マイナ救急に関してもよく聞かれるようになってきて、高齢者の方にとっても関心の高いものであると感じております。実証実験から本当に効果的な結果も得られており、システムも改善されて、本当に細かに検討していただきありがとうございます。この効果的なシステムだからこそ、先ほどのショートムービーも、ぜひかかりつけ医などの高齢者がよく集まる場所で流していただくなどして、周知して活用していただけるようになると良いと思っております。1点だけ少し発言させてください。39ページにもありました、令和7年度から実施する予定という、マイナ保険証がスマートフォンに入っていくということ、本当に非常に便利にもなり、若い世代にも有効になるのかなと思っています。もちろん、多くは、このマイナ救急対象が高齢者にはなっているかと思うのですが、やはり今の若い世代が必ず後の高齢者にもなるので、今きちんとすべての世代に周知していくことも大事かと思っております。ただ、やはりスマートフォンの中にはいろいろな情報が詰まっていて、クレジットカードの機能や個人情報もたくさんあって、スマートフォンを他の人に見られることに抵抗がある方も若い世代には多いと言われているので、緊急時にロック機能を解除せずに見られるとか、そこにたどり着けるようなシステムも、ぜひ作っていただけるといいかなと思っています。今朝もちょうどマイナンバーカードの有効期限の問題などが放送されていて、導入されてからもたくさん問題が出てくるかと思います。地域によっても使い方とか使われる事例等も実情も全然違うかと思うので、ぜひ令和7年度も柔軟に対応しながら、さまざまなパターンで検証を続けていただけたらと思います。本当にどうぞよろしくお願いいたします。

【横田座長】 ありがとうございます。重要なお指摘だったと思いますが、スマートフォンだと、パスワードを入れなくてはアクセスできない、その辺の議論って間藤委員あったのでしょうか。

【間藤委員】 まだ実態が分からないのと、最初はiPhone系の方が遅れるという話もありましたが、今度逆にアンドロイドの場合の立て付けが今議論されているようなので、なかなかそこが分かってこないとどうなるのかが分からない。

【横田座長】 そうですね。逆にアクセスできなくなってしまうということになるといけませんね。スマートフォンにマイナンバーカードを入れておくのは、多分どんどん広がっていくと思うのですが、逆に救急隊がアクセスできなくなる等の課題は今後ありますか。

【間藤委員】 その辺の仕様が分かり次第対応すべきだと思います。

【横田座長】 そうですね。野村委員どうもありがとうございます。大変重要な指摘でした。

【安藤課長補佐】 私からもいいですか。スマートフォン、ロック機能がついておりますが、実は機種にもよるのですが、今すでにその機能はございます。暗証番号が表示されることで、緊急通報というボタンがあるかと思うのですが、この緊急通報というボタンを押していただくと、暗証番号を入れる前に、自分であらかじめ入れていた情報を見られるようになります。例えば、家族の携帯電話の番号等を自分で入力する形にはなりますが、緊急連絡先とか、自分の持っている既往症、身長、体重、血液型等をロック解除することなく見られるような機能は、今のスマートフォンにも搭載されております。そういった機能の周知も踏まえて、検討させていただきたいなと思います。

【間藤委員】 そこにこれがリンクされるかはまだ確認や交渉が必要だと思います。

【横田座長】 岩田委員から手が挙がっています。よろしくお願いします。

【岩田委員】 神奈川大学の岩田でございます。私から質問、コメントをさせていただければと思います。例えばこれが進んでいくと、多分、基本4情報検索みたいな話につながっていくと思うのですが、最終的にはそうすると、むしろマイナ保険証持ってなくても、住所とか氏名とか電話番号とか分かれば検索できるような方向になっていくというのが、先ほどのご説明を聞いていて、気になったのが1つ目です。もう1つの質問は、本来のワーキンググループで申し上げるべきことだったのですが、私は基本的にはマイナ救急で医療情報が活用されて、よりよくしかも迅速に医療につながると、いい方向に行くのではないかと考えているのですが、逆に医療情報がつながることによって、なんか難しくなるということがあり得るかをお伺いしたいと思っています。どういうことかという、例えば以前精神疾患のある患者が受け入れが難しいという現状があって、交通事故で無意識な状態になって、精神疾患等の情報が分からなければ、そのまま普通の医療機関に運ばれるが、マイナ保険証によって精神疾患があるという背景情報が判明すると、かえってその医療機関が受け入れをためらうことが、少数かもしれませんが有り得るのかをお伺いできればと思いますがいかがでしょうか。

【横田座長】 間藤委員お願いします。

【間藤委員】 1点目は今の段階では何とも言えない話かなと思っています。それこそ逆に国民の皆様のコンセンサスの中でやっていくことかなと思っています。実際、4情報でというのは医療側として、病院側としてはできるという方向で立て付けが進んでいますので、その辺は例えばMCを介することになります。2点目については、私もずっと考えていたことで、受け入れの難しさというのが、ニュアンスが岩田委員のおっしゃるのと違うかもしれませんが、例えば、血液がサラサラになる薬を飲んでいての方だと、今までだとそういうのを飲んでいなくて軽い外傷だと思って運んで、そこでよくよく見たら血が止まらなくなり、格段の注意が必要になるという事例はありました。結局、それは改めて大きな病院に運ぶということになりますが、このように、一見、初期の搬送は簡単になりますが、最終的には時間がかかったり、患者に不利益になったり、

救急隊の負担が増えることがあったと思います。それを考えると、初期の段階で患者の情報が多くなることで、その受け入れが難しくなることについては、やはり、我々救急救命センターのような立場として考えながらも、最終的には手間が省けるということがポイントかなと思っています。精神疾患についても、僕は同じだと思っています。

【横田座長】 今、岩田委員が言われたように、情報が多いことによって、逆に受け入れが難しくなるというのは、受け入れ側、すなわち医療機関の方のスタンスだと思うのですが、受け手側として、織田委員、実際どうでしょうか。二次救急と三次救急でまた違ってくると思いますが。

【織田委員】 はい、三次救急の方では、むしろ後から情報がいろいろと出てきて対処がより必要となることが多いかと思います。一部の情報が分かっていないことでスムーズというのはおおよそ一時的なものでして、診療全体として見ますと必ずしもそのようなことはないです。そのような理解でよろしいと思います。

【横田座長】 分かりました。ありがとうございます。いずれにしてもMC協議会との関係にもかかってくると思います。また後で時間がありましたら、本件に関しては議論していただきたいと思います。

【岩田委員】 すみません、コメントを申し上げさせていただこうと思いますが、ワーキンググループに参加させていただいていて、その時には申し上げたのですが、今回はオプトアウトについて取り入れないと方針が書いてあって、それについてワーキンググループで残念だと申し上げました。どういう趣旨かというと、消防庁にとっても重要な機会を逸したのではないかなと思っています。理由は2つあって、1つは、少数かもしれませんが、マイナ保険証の選出過程が当初は任意と発表されていたのが強制になったということですよね。それで違和感を持った国民が、先ほど申し上げたように一定数はいらっしゃる。実証実験でも今の段階でマイナンバーカードを作っている人の中でも、1割弱の方は同意していないのですよね。そうすると、今後これで国民に広がると多くの先進的じゃない人たちも持つ。で、本来なら意識があると同意しない人たちが、社会の中では少数かもしれないが、何らかの事情があつていらっしゃるということで、その人たちの思いを無視することになるので、それが残念だと申し上げました。もちろん、ひっ迫している救急搬送の場面と医療の状況を考えると、そのようなことを言っている場合ではないと言えないこともないのですが、意識不明の場合は、本人が必ずしも求めているわけではないので、それがあの考える余地としてはあるのではないかなと思っています。2点目は、どういうことかということ、今の段階ではその全国展開するのですが、すぐにマイナ救急で科学的にきちんと成果がとない段階で進めているので、これは必ずしも国民のためじゃなくて、政府や省庁のためという穿った見方をする人たちが出てくる可能性があると思うのですよね。そんな中、当初はオプトアウトみたいなものもシールみたいなものを使うことによって認めるという方法を消防庁も取っていたのを変更したので、ある種消防庁として、基本的には多くのことが、自分の個人情報

を同意がなくても見てどんどん助けてほしいという人も助け、少数の人たちで何か事情があって見られたくないという人へも配慮しますということを、表明する機会になったのではないかと思います。だから、将来的に消防とか救急医療において、国民の信頼をより確保するような重要な機会があったのに、それが少し機会を失ってしまったかなと思って残念だと申し上げたのですよね。一応せっかく委員として選んでいただいているので、もしかすると少数の変わった意見かもしれませんが、あえて時間を取って申し上げさせていただきました。

【横田座長】 ありがとうございます。2つ目のコメントに関しては、先ほど塩谷委員からお話のあったマイナ救急活用事例等を周知していくと良いのかなと思いました。それから1番目に関しては、この18ページの図表1－7の10番目のことに書かれています。例えば次元の違う話ですけれども、臓器提供に関する意思表示カードでは、臓器を提供しないという意思も表明できます。ですから、マイナカードにもそのような機能や仕組みがあると、オプトアウトにも関わってくると思いました。いずれにしても、このような形でまとまっていたということでありありがとうございました。

・増加する救急需要の対策に関する検討について

【横田座長】 それでは続きまして、第2章です。増加する救急需要の対策に関する検討について、事務局から説明よろしくをお願いします。

【寺村専門官】 事務局の寺村でございます。資料42ページから説明させていただければと存じます。

まず、43ページをご覧くださいと存じます。今年度の検討事項の全体像が、ここで示している図表2－2でございます。これらの項目について、今年度、ワーキンググループや作業部会で検討してまいりましたので、この後ご説明を続けさせていただきます。まず、2の救急安心センター事業（＃7119）の活用でございます。これまでは、各自治体において＃7119の導入が進められてきている状況でございます。令和3年度には、令和2年度の検討部会報告書を踏まえまして、事業導入・運営の手引き等を作成させていただきました。こうした取組の結果、実施地域は、44ページの図表2－3の日本地図のとおり、現状着実に増加してきているということで、令和6年11月現在、全国36地域で、人口カバー率78.1%という状況でございます。こうした中で、（2）の検討事項の①の項目のアからオが、今年度検討を進めてきたものでございまして、その結果を踏まえ、今年度の成果の1つとして、令和3年度に作成した手引き及び仕様書の改定案を参考資料1と2に付けております。（2）の検討事項のアからオの項目について簡単にご説明させていただければと思います。（3）の検討結果の①＃7119として満たすべき要件についてでございます。45ページのアですが、まず、緊急度判定を用いた救急医療相談と医療機関案内のいずれも実施することを要件といたしました。医療機関案内片方だけでも、救急医療相談の片方だけという

わけではなくて、この2つ両方を実施していただくということにしたところでございます。また、イですが、救急医療相談の相談員につきましては、医師、看護師または救急救命士とすることとしております。従前の手引きには、救急救命士について含まれていませんでしたが、今回、厚生労働省に確認をさせていただきまして、救急救命士の活躍の場の1つとして、救急医療相談に相談員として対応することは、救急救命士法・医師法等の法令には抵触をしないという確認が取れておりますので、救急救命士も追加させていただきました。また、ウ、医師の常駐又はオンコール体制の確保でございます。こちらは#7119の信頼性等を担保するという趣旨でございまして、実際に相談員からの相談に応じるということも想定されますので、こういった体制が必要不可欠であるということを記載させていただきました。続く②、事業効果の再検証でございます。具体的には、お示しをしておりますアから次の46ページにまたがってキまでの事業効果が見られたということでございます。ここで具体的にお示しをしておりますのが、46ページの図表2－4でございます。例えばですけれども、岐阜市消防本部においては、これまで、消防機関の方に医療機関案内の問い合わせが来ていたものが、#7119の導入以降、消防機関に問い合わせがある件数は減ってきております。また、京都府の場合、救急医療機関に直接電話で救急医療相談などが一定あったのが、#7119の導入以降、その相談件数が減ったという形で、内訳を見ていきますと、高齢者の方でも、また高齢者以外でも減っていることが見られます。

続く47ページの図表の2－5でございます。こちらは神戸市のデータでございますけれども、診療時間外にウォークインで直接救急外来に來られる患者数について、#7119の導入以降、直接ウォークインの患者数は減ってきたというグラフになります。一方で、下のグラフは、一次病院からの紹介で救急外来を受診される患者数が増えており、医療の受診の形が変化してきているということが読み取れます。これらについては参考資料の手引きの改訂版にも詳しいものを入れておりますので、適宜ご参照いただければと存じます。

続く48ページの③でございます。119通報を#7119に直接転送または掛け直しをする仕組みですが、119番通報の中には、どこの病院が開いているのか、どの診療科を受診したらよいかといった医療機関案内の問い合わせなどもありますので、消防庁で調査をさせていただきました。その結果、症状についての相談や、救急車を呼ぶか迷っている場合などで、ご本人同意の上で119番通報から#7119への転送又は掛け直しの依頼を実施するなどしている消防本部もございました。一方で、#7119への転送又は掛け直し依頼は実施していない消防本部もありました。今回は、こうした取り組みをしている消防本部を手引の方でも紹介をさせていただく形を考えております。この点については、緊急に搬送する必要がなく、かつ、#7119に寄せられる相談内容と親和性があることが明確な119番通報について実施しているということで、運用にあたっては、本来の救急業務としての対応に懸念を生じされないことがないよう十分留意が必要であります。続いて④の有効な広報策でございます。49ページの一番上の図表2－6を見ていただければと思いますけれ

ども、＃7119の認知度が高ければ利用率が高いのではないかといたことが見られますので、利用率を向上させるには住民等に対する＃7119の普及の推進と合わせて、認知度の向上に向けた取組が必要であると考えた次第でございます。図表の２－７、救急搬送の人員に占める高齢者の割合は、全約660万人の中で409万人とやはり高い割合を示しております。また、＃7119に高齢者が救急医療相談していただく割合が若年層に比べて低いというデータもございますので、高齢者などをターゲットとした広報を推進していく必要があるのではないかといたことでございます。また、高齢者施設などの介護職員などにも＃7119の認知度が一般住民に比べて低い傾向が見られたということから、そういったことにも、積極的に広報を行っていく必要があるのではないかと考えております。

続く50ページの一番上は、そうした中で、様々なルートを通じた広報を展開していくことが望まれるのではないかといた形でございます。こちらは、消防庁がポスター等を作成して、展開していくことを検討しているということでございます。続く⑤、事業の質の向上でございます。質の向上につきましては、＃7119の信頼性を担保するために必要でございますが、事業効果として、救急出動件数が一定抑制されるということも挙げられるのですが、相談者の中の潜在的な重症者を見逃してはならないこともあります。また、運用の仕方によっては＃7119の効果が発現しにくいということもあるということですので、質の向上のための検討を進めたということでございます。例えば、委託事業者や消防本部において、年に３回から４回程度連絡調整会議を開いて、本来拾うべき事案が拾えていなかったケースの検証の他、今後の需要対策にいかに関係していくかという議論をしている事例もございます。そうしたことから、質の向上を図っていくためには、導入後も継続して応答率やプロトコル、相談員の対応力の向上、苦情や重大インシデントへの対応、また、効果的な広報啓発活動について検証していくことが求められているのではないかといた検討を進めてまいりました。ここまでの＃7119についてです。

続いて、51ページの３、転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用の検討の説明をさせていただければと存じます。平成25年中において、約50万件消防機関の実施する転院搬送があったということで、全出動件数の約8.3%ということで、全体の救急出動に与える影響が一定ございました。そうした中、平成27年度に検討会で検討が行われまして、消防庁と厚生労働省が連名で、「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」という通知を発出させていただきまして、その中で、転院搬送における救急車の適正利用に係るガイドラインを示し、地域の実情に応じ、各地域における、救急業務として転院搬送を行う場合のルール化に向けた合意形成を推進してまいりました。

52ページにお進みいただければと思いますが、そうした取組が進んできた中、現状の転院搬送の状況でございます。図表の２－８でございますが、こちら転院搬送の総数については、いったんコロナの時に少し落ちたことがありますが、その後も増加を続けてきております。図表の２－

9でございますが、こちらは転院搬送人員、いわゆる下り搬送であるとか、上り搬送であるとか、すべて含んだものでございますが、やはり消防機関の救急車が占める割合が多いということで、病院救急車による転院搬送は一定数に留まっている状況でございます。そうした中で（１）、病院救急車について検討をまず進めてまいりました。

53ページの①、病院救急車について、令和６年度から始まっております第８次医療計画に関しですが、転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両の活用を進めることを、厚生労働省から医療計画作成に向けたポイントとして示されております。そうした中で、令和６年度診療報酬改定で、救急患者連携搬送料が新設をされたということで、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施の後、連携する他の医療機関において入院をする場合、医師や看護師、又は救急救命士が同乗の上、転院搬送を行った場合に算定できるものが診療報酬に追加されたということでございます。この点については、53ページの一番下のことでございますが、ワーキンググループ等において、今後、日数経過による点数の減少幅を抑えることであるとか、３日以内でないとこの診療報酬がつかないという制限日数を延ばすといったことなど、更なる病院救急車の活用につながるということも考えられるのではないかとというご意見がございましたので、ご紹介までさせていただきます。

55ページの②は、消防機関で使用を終えた救急車の医療機関での活用ができないかという検討でございます。転院搬送で病院救急車を活用していただくことを促進するには、基盤として病院救急車の配備自体をまず進めることが重要であるということで、厚生労働省におかれましても、導入や運用に必要な経費に対する財政支援などを行っております。こちら、具体的には、※の３でご紹介させていただいているところでございます。したがって、医療機関や都道府県は、こうした事業も活用しながら、病院救急車の導入であるとか、運用を促進していくということが重要と考えられます。また、地域においては、消防機関で使用を終えた救急車を医療機関が病院救急車として活用している地域もあったということで、現状把握を行いました。それが、アのアンケート調査についてであり、調査対象21の東京を含む政令指定都市の消防本部で行いました。有償・無償は区別せずアンケートをとりまして、56ページ以降がその結果でございます。調査を行ったうちの95%程度の消防本部は使用を終えた救急車の引渡しの相談を受けたことがあるということで、一定のニーズがあるということでございまして、約67%の本部で引渡し実績もございました。57ページのiii、どのような形で引渡しを実施したかを分類いたしました。１位が譲渡でございます。これは有償・無償を区別しませんが、②、自治体内で衛生主幹部局に所属換えをし、そこから貸出や譲渡をしている場合もございました。具体的には、衛生主幹部局に所属を換えて、そこから病院への貸出、あるいは譲渡等をしており、そうすることで、消防本部の事務負担も一定軽減されております。また、自治体の中で衛生主幹部局に所属換えをしてそのまま利用した、具体的には、保健所などでコロナの際等で活用した事例がございました。また、図表の２－16で

ございますが、やはり、救急車を引渡した後に、転院搬送等で適切に活用いただくのが重要ということから、使用用途を限定した上で、引渡しを行っている本部も一定数ございました。また58ページ、その後も車両の活用の実績を把握している消防本部もございました。

59ページ、こうした点を踏まえまして、今回の検討結果としましては、こうした取り組みを進めることで、医療機関における病院救急車の導入や運行体制の整備の促進、すなわち、結果として、転院搬送等における消防機関の救急車の適時・適切な利用の推進につながることで、救急隊の負担が軽減されるのではないかとということ、救急車の需要対策になると考えるため、消防本部は、地域の実情に応じて、こうした取組を検討するということが考えられるのではないかとということでございます。

60ページ、なお、引渡しの検討の際に、例えば、病院救急車について、一定以上、転院搬送等での運用が見込まれるかなど、こういった医療機関に対して車両を引渡すのが望ましいかを、各消防本部で検討したうえで引渡すということや、また、医療機関側は、消防機関や地域のメディカルコントロール協議会等に対して、当該車両による転院搬送などの実績について定期的に報告をして、各地域メディカルコントロール協議会等で転院搬送等における病院救急車の使用実態を踏まえ、病院救急車の更なる有効活用を検討することも考えられるのではないかとということをお示しております。

続く（２）が患者等搬送事業者でございます。患者等搬送事業者は、消防庁が示す基準を参考にして、民間の搬送事業者を消防本部が認定しているものです。現在、全国の約58.8%に当たる消防本部で、こういった認定を行っております。

61ページ、図表の2-19で、管轄人口規模によって、患者等搬送事業者を認定している割合が異なっているという実態や、図表の2-20の一番右の列に転院搬送に占める患者等搬送事業者の割合が書いてありますが、分母の方は消防機関と患者等搬送事業者の転院搬送人員の合計で、分子が患者等搬送事業者の転院搬送人員とした数値でございますが、都道府県によって4.3%から65.2%まで大きなバラつきがあり、地域において実情が異なることが分かりました。

62ページ、患者等搬送事業者で、医療系の資格を持っている者を雇用している事業者が半数程度あったという実態でございます。

63ページ、そうした中、こういった形で患者等搬送事業者を活用していけるかでございますが、先ほどのデータからも必ずしも全国一律ではないということで、それぞれの地域においてその最適化を考える必要があるということでございます。また、民間のこういった患者等搬送事業者について、住民の認知度が低いという声も寄せられているということから、消防本部におきましては、認定している患者等搬送事業者の一覧をホームページに掲載し、また、＃7119の実施地域においては、緊急度の判定を用いた救急医療相談の結果に応じて、求める方には、患者等搬送事業者の一覧のホームページを案内することなどを通じて、住民が患者等搬送事業者を活用しやすい

環境醸成を図ることが考えられるとしております。

続く（３）が転院搬送ガイドラインでございます。こちらは先ほども一部ご紹介させていただきました、厚生労働省と消防庁から平成28年にお示しをしている転院搬送ガイドラインの内容の充実についての検討を行ったというところでございます。

64ページにお進みをいただければと存じます。こちらはまず図表の2-23でございますが、転院搬送が救急業務に与える影響の現状認識について消防本部に調査を行った結果でございます。円グラフ、本部数ベースで見ますと45.7%、約半数の本部が「救急業務をひっ迫している」という回答、右の管轄人口ベースの円グラフで見ますと、64.4%の消防本部は救急業務をひっ迫していることで認識しておりました。こうした結果から、地域によって転院搬送が救急業務に与える影響が異なっていると考えられることから、転院搬送のルール化に向けた合意形成は、地域の実情に応じて進めていくことが重要ではないかということが考えられます。

65ページ、具体的な転院搬送ガイドラインの改定案は、こちらの四角形の中でお示しております。こちらは今後何を追加するかでございます。1つ目、先ほどご紹介しました診療報酬の紹介で、令和6年に新設された救急患者連携搬送料を紹介することによって、病院救急車の活用を推進するという、2つ目、医療機関で勤務をする救急救命士等の活躍の場として病院救急車の転院搬送等を紹介することによって、病院救急車の活用を推進するという、3つ目、消防機関の救急車が転院搬送を行う際のルールに関する地域での合意の形成について、実際に転院搬送を要請する医療従事者等まで行き渡ることが重要と考えますので、そういったところまで周知をすることでございます。この点につきましては、例えば救急外来等の救急部門だけではなくて、転院搬送に関係する各診療科や地域連携部門などにも病院救急車の活用について周知が行き渡るようにすることが重要ではないかと考えます。

続いて65ページの4、医療との連携でございます。今年度、消防と医療がどう連携できるかの検討を進めたということで、（１）在宅医療がまずひとつということでございます。在宅医療に係る協議の場が二次医療圏単位に設置されている場合において、消防機関が協議に参加している割合が9.4%であったと、令和3年11月の厚生労働省の調査の結果を聞いておりますが、そうした中、地域の在宅医療の関係者が消防機関の現状を知るという機会、また同時に、消防機関の方が地域の在宅医療の状況を知るという機会が限られていたと考えられたということで、厚生労働省から都道府県に対して、地域の在宅医療に関する協議の場を活用して、消防関係者も含めた連携体制の構築を進めることが望ましいというのが、令和5年に示されました。こうしたことを踏まえ、②が検討結果でございますが、高齢者が増加する中、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保することなど、在宅医療で積極的な役割を担う医療機関の明確化等の対策が厚労省の施策で進められております。こうした中で、消防機関も、在宅医療に関連し、地域の実情に応じて各地域の在宅医療に関する協議の場に積極的に参加をし、その場において、例えば、救

急ひっ迫の状況や地域の救急の状況等について、在宅医療に関係する機関と積極的に情報共有を行うとともに、適時・適切な救急車の利用や、病状急変時で救急搬送が必要な場合における効率的な搬送先の選定の観点等から、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関等と連携体制の構築を進めていくことが望ましいのではないかとということをお示ししております。更に、67ページのその下の段落は、その際、搬送については、消防機関の救急車に限らず、搬送先として想定される医療機関の病院救急車を利用することについても、地域の実情に応じて、在宅療養に関する協議の場で検討することというのも必要ではないかというご意見をいただきましたので、ご紹介させていただいております。

続く（２）が高齢者施設等でございます。こちらにつきましては令和６年度介護報酬改定におきまして、介護保険施設については、入所者の病状急変時に相談や診療を常時行う体制や、入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保している協力医療機関を定めることが経過措置３年で義務化されました。また、診療報酬についても、施設内における生活の継続支援を推進する観点から診療報酬がついているということでございます。②の検討結果でございますが、こうした取組によりまして、高齢者施設などからの救急要請の割合の減少でありますとか、搬送先選定の効率化に資することも期待がされるということで、高齢者施設などにおける取組が救急搬送に与える影響については、今後、注視していくことが重要と考えられるのではないかとということです。

69ページの５、日勤救急隊でございます。こちら図表の２－25でお示しをしておりますとおり、特に救急搬送は日中に多いです。日中に多い救急需要に対応する日勤救急隊につきましては、女性の救急隊員の活躍も含めて多様な働き方にも資するものでございますので、各消防本部において導入が進められております。現状、令和６年度の消防庁の調査で、救急隊の労務管理に取組んでいると回答した425消防本部のうち95本部で導入が行われております。また、一般論でございますが、24時間隊の増隊よりも日勤救急隊の増隊の方が追加で必要となる救急隊員の人数が少なくなるのではないかとということで、人員確保の観点からのハードルも低いと考えられます。そのため、導入経緯であるとか、導入方法・運用・効果等について情報収集を行い、それを踏まえて、各消防本部における積極的な検討を促していくということも重要ではないかということでございます。

次の70ページの６、緊急度判定の活用と救急業務と緊急性の関係性の整理でございます。まず、緊急度判定の活用は、先ほどもご紹介させていただいたことと重複ではございますが、＃7119において緊急度判定を実施した結果、患者等搬送事業者の利用を希望する場合には、選択しやすい環境の整備が重要であると考えられることから、消防本部は、認定している患者等搬送事業の名称、住所、連絡先、営業時間、ホームページアドレス等の一覧を、消防本部のホームページ等で示すことが有用と考えられます。また、＃7119において、緊急度判定の結果を活用し、希望に応じて、患者等搬送事業者の一覧のホームページを案内できるようにすること等も考えられます。

2つ目、(2) 救急業務と緊急性の関係性でございます。こちらは、アンケート調査を今回行いました。救急ひっ迫時に緊急性の低い事案等について、消防機関が市民に行っている救急業務の対象から除外されるという仮定の場合に、消防機関として見込まれる効果や懸念等がありますかという旨をアンケートで問いました。具体的には、71ページ以降をご覧くださいと思いますが、アンケート調査の結果、救急隊員の労務管理や負担軽減に資するという意見や、緊急性の高い傷病者への迅速な対応につながるという意見もありました一方で、やはり対象となる傷病者の容態の悪化等の不利益の発生の懸念や、搬送の対象外とするかを現場で判断することによる救急隊や通信指令員の負担増、また誤った緊急度判定の結果が生じる懸念、市民の理解が得られない等さまざまな懸念が表明されました。また、消防機関の救急車に代わる代替サービスの整備自体がそもそも不十分なのではないかという意見も見られました。そういった意見も踏まえまして、

(3) の検討結果でございますが、緊急性が低いと思われる事案等を救急隊員の判断によって、救急業務として取扱わないといった案につきましては、やはり多くの課題が存在し、さまざまな論点があることが浮き彫りになりました。また、症状等から救急搬送の対象を明確に区切ることの困難さや、通報時には軽症または緊急性が低いものであっても、緊急入院となる事案も考えられるところであり、傷病者の求めに応じて迅速に医療機関に搬送するという、これまで維持してきた市民のセーフティネットとしての消防機関のあり方そのものにも関わることから慎重な検討が必要であると考えております。そのため、まずは#7119の全国展開、あるいは病院救急車や患者等搬送事業者を活用した転院搬送の適正化、消防以外のサービスを利用しやすい環境の整備等を進めることが望ましいのではないかと存じます。

次に、最後、7、救急の将来推計の精緻化でございます。将来推計の精度向上や、地域ごとに細分化された将来推計の方法について検討しました。

具体的には、ページ飛びまして、74ページ図表2-29、救急搬送率を年齢階級別にお示しをしております。救急搬送率は、国民ひとりが1年間に救急搬送を利用する割合でございますが、赤の文字で示しております、特に85歳以上の年齢階層で救急搬送率が増加してきております。従前の将来推計は全国単位で求めており、将来も救急搬送率は各年齢階層で同じという仮定のもと行いましたが、今回、85歳以上の救急搬送率につきましては、全国単位で見れば増加が続いていくのではないかとということで、そういった形で推計を精緻化させていただいております。なお、0から4歳につきましては、救急搬送率は増えているということではありますが、今後の動きが読めないということもございますので、直近の数値を使っていくという形でございます。

77ページの(2)は、地域の実情に応じた将来推計についてです。これまで全国単位で将来推計をお示ししておりますが、各都道府県でありますとか、消防本部が自分の地域の将来推計を求める場合、救急需要の状況は地域によって異なるということが考えられますので、今回示した全国単位の将来推計の方法を参考に、地域の実情に応じた方法とすることが望ましいのではないかと

ということでございます。具体的には、例えば、外国からの観光客が多い地域や高齢者施設、医療機関の設置等を予定されている自治体では、そういった地域の特性を加味していただくとか、年齢階層別の救急搬送率についても、先ほどお示した全国単位の動きとは地域によって異なる可能性もありますので、そうしたことを検討していただくことが重要ではないかと存じます。第2章の説明は以上でございます。

【横田座長】 ありがとうございます。増加する救急需要への対策に関して、7つの視点から検討いただいた結果をご報告いただきました。ワーキンググループ長の坂本委員から補足がありましたらコメントをお願いします。

【坂本委員】 今、事務局からご説明していただいたとおりで、冒頭にもございましたが、令和5年に過去最高の救急出動件数と搬送件数を記録した中で、この増加する救急需要への対策の論点を求める側・応じる側に分け具体的な検討を行いました。ワーキンググループで3回の検討、さらにワーキンググループの下に作業部会を設けて、作業部会で現場の消防の皆様にもたくさん入っていただいて多くの調査をしていただき、今回の報告書の内容になりました。内容としては、#7119が一定の効果を示しているということで、さらに普及させていくためにはどうしたらいいかという観点から議論し、119番通報と#7119の間の連携もテーマになっております。それから転院搬送に関しまして、病院救急車を用いて急性期のうちに下り搬送するというのが、厚生労働省からも方向性として示されておりますので、それに合わせた形で具体的な議論をし、病院救急車として、使用を終了した救急車を利用するという議論もさせていただきました。民間の患者等搬送事業者の活用等についても、議論をさせていただいております。今まで救急の需要に関しては、医学的な重症度、緊急度によるトリアージが主な論点になってきましたが、医療との連携という論点では、在宅医療や訪問診療、それから老人施設等からの搬送例も非常に多くなっておりまして、これらについては、その患者にとって本来望ましい医療、あるいは搬送をどうするかということが重要であり、必ずしもその重症度、緊急度だけで決められる問題ではないということで、日常的にそういう話し合いの場に、やはり消防機関あるいはメディカルコントロール協議会として参画していくことが必要であると議論されております。また、需給という問題に対して、供給を増やすための救急力の強化という観点で、日勤救急隊という形で搬送件数の多い時間帯に対応できる救急隊を増やすということが、今後労働人口が減っていく中での働き方を考えた上でも有効ではないかということで、その実際の例も示していただきました。これらの中で、緊急度の低い傷病者を救急業務として果たしてどこまでカバーすべきか、理念としては緊急度の高いものに対応するのは間違いないのですが、現場でのトリアージだけではこれを救急業務の対象ではないと言い切ることは今のところまだ難しいということで、これに関しては継続して議論する必要があるだろうという結論になっております。以上です。

【横田座長】 ありがとうございます。ワーキンググループでは7つの視点から議論いただき

ましたが、ワーキンググループのメンバーでもある札幌市消防局から委員として石原委員が参加されていますが、石原委員からは何かコメントございますか。

【石原委員】 いろいろありがとうございました。特に転院に関しては、我々も問題視しておりまして、担っていただくところがないというのが一番大きいのかと思うのですが、その開拓が1番大事と思っておりますので、引き続きご検討いただければと思っております。以上です。

【横田座長】 ありがとうございます。同じく東京消防庁もワーキンググループとして入っていますが、伊勢村委員から何かコメントございますか。

【伊勢村委員】 ありがとうございます。東京消防庁の伊勢村でございます。大変広範に救急需要が高まっている中での対応方策も広がっていると思いますので、消防機関単独のみならず、医療機関との連携や年齢に応じた利用の状態を整理していただいたのは大変ありがたいことだと考えております。また、新たな日勤救急隊につきましても、例えばこの日勤というものが平日の日勤だけであるのか、一部の消防本部では、すでに土日も含めた日勤をやられている、また、もう少しその9時から17時ではなく、救急需要が上がってくる夕方に向けての対応策は、一律ではなく、さらに広がってくるものだと思いますので、今回の情報の収集また共有の方向性が示されたのは大変ありがたいと思っておりますし、大いに期待しております。以上です。

【横田座長】 ありがとうございます。それではワーキンググループのメンバーではないのですが、消防本部の立場ということで、高槻市消防本部の津田委員、コメントございますか。

【津田委員】 高槻市消防本部の津田と申します。よろしく願いいたします。転院搬送につきましては第2回のときにお伝えさせていただきました。市のホームページにガイドラインを載せたことは、前回お伝えしたのですが、あと#7119に関しましては市の薬剤師会と連携しまして、市の薬剤師会に入っている各薬局にポスターとか案内のリーフレットを配架していただいたということと、あと一部医療機関には#7119や救急車適正利用のポスターをデジタルサイネージで表示していただくということも行っております。それともう1点、日勤救急隊を、昨年10月から消防分署が移転したことに伴い1隊追加いたしまして、1日大体3件から4件出動しております、24時間救急隊からは大変助かっていると好評を得ています。消防本部といたしましても、24時間の救急隊を1隊増やすよりも、日勤救急隊を増やす方が、人員的にも効率が良く、今後増やすならば日勤救急隊かなと考えております。

【横田座長】 ありがとうございます。土井委員も本ワーキンググループのメンバーかと思いますが、土井委員から委員からコメント、あるいは補足説明ございますか。

【土井委員】 ありがとうございます。7つくらいの項目で説明いただいた中で、病院間転院搬送の消防に対する負担が、都市部と非都市部で受け止め方が違うというのが非常に印象的でした。都市部では、負担感が高いということがあって、単純に患者を運ぶこと以上のことを多分消防に求めている結果なのかなと思いました。今後この点も検討し対策を立てていただく必要があ

るかと思っております。

【横田座長】 ありがとうございます。これに関しては、事務局からデータやコメントございますか。

【寺村専門官】 事務局でございます。ありがとうございます。今回、64ページでお示しをしておりますように、消防本部が管轄する人口規模で区分けをして出させていただきますと、転院搬送が救急業務をひっ迫しているのは都市部の方が多い傾向にあったということでございます。救急業務をひっ迫しておらず、特段の問題はないといった地域は、人口規模が少ないことが多く、一定の傾向が出ているのではないかと存じます。また、61ページの図表2-20、患者等搬送事業者が活躍している地域について、赤で囲っているところを見ていただくと、東京都、神奈川県等が上の方に来ている一方で、京都府や福岡県等、大都市を抱える地域でも、順位が33や39と低い場合もありますので、一定の傾向がある中でも、地域差もあるのではないかとデータでお示しをさせていただきます。事務局からは以上でございます。

【横田座長】 ありがとうございます。全体を通じて、皆様からコメントございますか。アンケートを含めて膨大な議論をされ、まとめていただきました。有賀委員お願いします。

【有賀委員】 とりあえず報告書（案）という観点では大変広い範囲で幅広く深くおまとめでなっていますので、これはこれでいいと思います。ただ、どなたでしたか、現場トリアージということをおっしゃっていました。東京消防庁はこの何年か現場トリアージをやっていますよね。年間の件数が多分何百件と、全体から見るともう本当に微々たる件数にはなりますが、現場において患者と話をし納得いただければ、救急隊は帰りますよね。

【伊勢村委員】 一定の要件の下で。

【有賀委員】 もちろんです。直接的に東京消防庁のルールにどうこう言うつもりはないのですが、少なくとも緊急性が低い患者に関して、東京消防庁では一定のルールに従って同意が得られれば、患者に自分で病院まで行ってもらうとか、自分で119にかけてもらうとか、そういったことをやっているのですよ。したがって、大変少ない症例ではありますが、やってきたことの延長線上で、例えば病院救急車にボタンタッチするなどと考えるということになれば、病院救急車そのものは、患者を運ぶことによって今のところ病院の収益にはなりませんよね。三次救急の下り搬送で3日以内であれば診療報酬がもらえますので、そういう意味ではその部分に民間の救急車を使って、つまりその病院の給食を委託しているように民間救急車にお金を払っても良いですよ。したがって、民間の救急車に委託してお金を払っている例も横浜市消防局の管内ではあるようです。一般的に病院の救急車が運ぶ時にはお金を取っていない。だけど、自分の病院に患者を運んでくるということがもしあれば、この患者の診療報酬は、入院させればその病院において得られるわけです。東京消防庁の現場トリアージの話と病院救急車の話をドッキングさせると、そこでは東京消防庁が運ぶような緊急性は低いけれど、病院に運ぶということを前提に病院救急

車を呼びましょうという話があれば、入院させる病院から病院救急車が来る際においては当座少なくともその病院は救急外来が出前に行ったと思えば良いのではないのでしょうか。それからもう1つは、東京消防庁のことしか私は知りませんが、終末期において119番通報があると、その時に救急隊が現場に行っかかりつけ医と連携が取れば、その段階でかかりつけ医が「私が看取ります」となれば、やはり引き払いますよね。

【伊勢村委員】 ACPのことですね。

【有賀委員】 ですね。今はもう8割以上ありますよね。初めはもっと少ないのではないかと行っていましたが。

【横田座長】 大体年間110件ぐらいですね。そのうち、ドクターに連絡を取れるのが98%ですね。

【有賀委員】 だから8割以上は、場合によっては患者のかかりつけ医が分かります。もしその病院に救急車があれば同じことですよね。したがって、融通をきかせた病院救急車の利用という話を始めたいと思います。日勤救急隊は役に立つと思いますから、やれることはどんどんやった方がよいと思いますが、東京消防庁での終末期の患者のときにかかりつけ医が来てくれるという話と同じように、現場トリアージの話は、ルールとしては今のところ高齢者は対象となっていないませんが、少しディスカッションを深めて、そのような患者に関しては、かかりつけ病院から迎えに来てもらうことを考えても良いのではないのでしょうか。どちらにしても救急隊の隊数は、東京消防庁に関する限り、恐らく一昨年と去年を比べると6%増えていますよね。消防庁のデータだと、5年で確か8%程度ですね。1年で6%という話は、場合によっては5年で30%ぐらい増えるかもしれないですね。分かりますよね。だからこれ全国で救急隊を増やすのは良いのですが、今ある資源をどのように上手に使うかという話で、その病院救急車や委託先の民間救急車をどのように使うかという議論を、いずれお金の観点も含めしなくてはいけないのではないのでしょうか。

【横田座長】 よく分かります。

【坂本委員】 今の議論は、先ほどの医療との連携という議論の中で、訪問診療や高齢者施設等で119番してから、トリアージによって救急隊が必要ないから病院救急車で良いと判断するのではなく、そのような医療を受けている患者については、最初からかかりつけ医が往診する、あるいは連携している医療機関の病院救急車で迎えに来てもらうようなシステムが、今後必要になってくだろうという議論がされている中で、消防もその議論に加わっていかないといけないということを、この中では議論していました。

【有賀委員】 全くそのとおりです。しかしながら、これから85歳以上が著しく増えるのです。基本的にはもう2人の親と子供の世帯がどんどん減って、2人だけの世帯になって、その次は1人だけの世帯になるわけですね。今言った施設で云々という話はなくてはならないのですが、

それ以上に莫大な数に晒されるわけですね。そこをどうするかという話がとても大事なのではないのでしょうか。

【横田座長】 よく分かります。救急隊の方が現場で軽症あるいは中等症、少なくとも救急車で運ばなくても、判断できるような場合は、かかりつけ医の医療機関に連絡して、場合によってはそこからドクターに来てもらうというシステムですね。そうすると救急隊員もその病院選定や病院搬送の時間も短縮できるのでね。これから考えなくてはいけないシステムと思います。

・救急業務に関するフォローアップについて

【横田座長】 続きまして、第3章救急業務に関するフォローアップについて、事務局から説明をお願いします。

【日高係長】 事務局の日高から説明をさせていただきます。79ページをご覧ください。令和5年中、全国の救急出動件数は過去最多となっておりまして、1件当たりの病院収容時間も延伸していることから、救急隊員の業務負荷軽減が求められております。そのような中で、救急業務におけるDX技術を導入することは、救急隊の業務負荷軽減に資するものであることから、消防本部の担当者向けの技術カタログを作成することにいたしました。消防本部担当者向けの技術カタログを作成するに当たりまして、事業者に対して救急業務に関するシステムの公募を実施しました。公募の対象といたしましては、図表3-1で示す、119番通報から現場到着、傷病者接触から搬送先選定、現場出発から病院収容、帰署から事務処理の4つのフェーズと、救急業務の労務負担軽減に期待される1から13までの機能を有している技術を公募し、39のシステムを技術カタログに掲載することにいたしました。作成いたしましたカタログにつきましては、81ページ以降に掲載されておりますので、ご参照いただければと思います。なお、公表を行うにあたりまして、136ページに利用規約の方をお示ししておりますが、この利用規約の方を添えて掲載することといたしております。現在、各消防本部の実情におきましては、救急業務におけるDXの推進が図られているところではありますが、消防本部によってはどのようなシステムがあるのか、どのようなシステムを導入すべきなのかと、検討が難しい状況になっております。そのような消防本部がそれぞれ抱えている課題の解決に向けて、この技術カタログを活用いただければと考えております。

【横田座長】 説明ありがとうございました。本件に関してコメントあるいは質問がございましたらお願いしたいと思います。

【嶋津委員】 ありがとうございます。技術のフォローアップに関しては特にコメントはないのですが、その前の救急需要についてよろしいですか。今回、途中でも議論が出ましたが、救急患者と連携搬送料の設定というのがありました。診療報酬も設定しているので、良い試みだと思ったのですが、地域の病院の医師と話をすると、病院を送る側からも、受ける病院からも評判が悪くて、あまり利用されていないのが実情でした。私たちは三次救急の病院なのですが、受け入

れ病院から患者との調整も全部家族にも説明した上で送ってほしいというのがありますし、逆に送る方の病院としては向こうからの要望が多くて、なかなか実際には2、3日で送るにも限界があると、あまり手間の省けるメリットはないということでありましたので、そういった家族との情報共有も含めて何らかのICTを追加してもらえれば、もう少し使い勝手の良い制度になるのではないかなと考えております。

【横田座長】 ありがとうございます。確かにいろいろな課題はあると思います。ありがとうございます。

【渡邊委員】 神奈川県医療人材課 渡邊です。ありがとうございます。私からは#7119に関して発言させていただきます。神奈川県でも、昨年11月から県内全域で#7119を実施しております、先ほどご説明の中でも事業効果の検証、神戸市消防局の事例と、データ等も見せていただきました。ありがとうございます。手引きも、改訂されて巻末に事例を蓄積されるということで大変良いことだと思います。神奈川県は全域で始めてからまだ時間が経っていないので、ある意味年数を重ねないこういった効果が見えないかと思うのですが、こういった事例を参考にし工夫して、我々も効果を示していきたいと思っております。以上です。

【横田座長】 ありがとうございます。

・救急業務全般に関するフォローアップについて

【横田座長】 それではまだ少し説明が残っているようなので、事務局から引き続きよろしくお願いします。

【寺村専門官】 事務局の寺村でございます。141ページをご覧くださいと存じます。救急業務全般に関するフォローアップにつきましては、今年度も消防庁の方でアンケート調査と、消防本部への訪問によるフォローアップ調査を行いまして、アンケート調査につきましては、142ページから158ページの中で、昨年度のアンケート結果との比較等を主に行っております。アンケートの結果について、主なものはここに挙げております。また、訪問によるフォローアップ調査につきましては、三巡目の1年目という形で今年度させていただきます、12府県39消防本部を訪問したということが159ページ以降のことでございます。その中で、本部等からヒアリングした内容で特徴的なものを掲載させていただいております。簡単ではございますが、事務局からの説明は以上でございます。

【横田座長】 ありがとうございます。救急業務全般に関するフォローアップについて説明いただきました。先ほどのDXのところに戻りますが、様々な消防本部から、いくつかの模範になるようなシステムも載っているのですが、どうしても各消防本部で異なったシステムということなのですが、相互の共有、互換性はいかがでしょうか。各消防本部で作ってしまうので、その地域だけとなってしまうのでしょうか。

【日高係長】 システムにおきましては、例えばA市とB市が違うシステムを入れている場合、A市のシステムを入れているところがB市に搬送した際は、そのシステムは使用できないという障害があると消防本部から聞いております。

【横田座長】 そうですね。DXとあるので結構互換性があるのかなと思いました。全体を通じて何かコメントございますか。

【間藤委員】 DXで考えているのは、1つは横の、消防以外の方とのつながりで、もう1つは消防のデータを病院に運んだときに全部一体化できるという時間軸のDXもあって、そうすると、いちいち搬送中のバイタルを救急隊側が言葉で読み上げ、書かなくても良いので、厚生労働省が言っている病院の共通のデータの運用みたいなものを、救急の搬送の場にも応用すると、結構良いものができるのではないかと思います。

【横田座長】 ありがとうございます。他に全体を通じて何かございますか。

【塩谷委員】 大阪市消防局の塩谷です。細かい部分ですが、＃7119の事業効果の部分について、45ページから続いた46ページにかけて、新型コロナウイルス感染症の発生による救急需要急増時の受け皿の1つとしての役割という記載がございまして、次の47ページに、新興感染症、新型コロナウイルスだけではなくて、大規模災害の発生による受け皿の1つというのも記載がされております。このことについて、大規模災害時において＃7119事業の継続ができるかと言われると、救急安心センターおおさかでは今後の課題だと考えておりまして、来年度、その対応を考えていこうということを検討しております。そのため、現状の事業効果として書けるかどうかは、結構微妙ではないかと考えておりまして、できれば今ある事業効果というよりは、今後の質の向上という形で入れていただいて各地域の取組を促していただくという方が、適切と感じました。また、ご検討いただければと思います。

【横田座長】 ありがとうございます。それでは本日の議事については、すべて終了したということにさせていただきます。委員の皆様におかれましては、活発に議論いただき誠にありがとうございました。最後に、この報告書の取りまとめについてですが、本日の議論も踏まえまして、事務局において原案を作成し、委員の皆様方にメールで送付して確認いただきたいと思います。そして、最終的には例年どおり、報告書は座長に一任という形で、事務局でまとめさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。WEB参加の皆様よろしいでしょうか。（各委員から賛同あり）。

はい、ありがとうございます。それではそのようにさせていただきます。

それでは以後の進行を事務局にお返ししたいと思います。

5. 閉 会

【安藤課長補佐】 横田座長をはじめ委員の皆様におかれましては活発なご意見・ご議論をい

ただきまして、誠にありがとうございました。

以上をもちまして、「令和6年度救急業務のあり方に関する検討会（第3回）」を終了いたします。今年度の本検討会は本日をもって終了となります。WEBでご参加いただいた皆様におかれましては、随時WEBをご退室ください。1年間誠にありがとうございました。